

Division of Equal Opportunity Development (Divisione per lo sviluppo delle pari opportunità)

Comunicazione ai sensi dell'Americans with Disabilities Act

Si prega di utilizzare questo modulo per presentare un reclamo basato sulla disabilità nella fornitura di servizi, attività, programmi o benefit.

Si prega di inviare questo modulo al Coordinatore ADA, Designato per una sistemazione ragionevole (DRA) del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (DOL) (Direttore della Divisione per lo sviluppo delle pari opportunità [DEOD]); puoi trovare le informazioni di contatto per il Coordinatore ADA/DRA (Direttore di DEOD) su www.labor.ny.gov.

Informazioni sul Denunciante:

Nome: _____

Telefono di casa: _____ Cellulare: _____

Indirizzo di casa: _____

Email: _____

1. Il suo reclamo è stato presentato contro:

Agenzia di Stato: _____

Nome: _____

Titolo: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

2. Luogo/i e data/i delle circostanze che hanno dato origine al reclamo:

Le circostanze dei suoi reclami continuano a sussistere? Sì No

3. Si prega di descrivere la presunta negazione di servizi, attività, programmi o benefit e le sue ragioni per concludere che la condotta è stata discriminatoria. Si prega di includere il nome o i nomi dei testimoni, se presenti, e di allegare i dati di supporto, se disponibili.

4. A. Ha presentato un reclamo in merito a questo reclamo a un'agenzia governativa federale, statale o locale?

Sì No

B. Ha assunto un avvocato per quanto riguarda le accuse contenute nella denuncia?

Sì No

C. Ha avviato una causa legale o un'azione legale in merito a questo reclamo?

Sì No

5. Questo modulo di reclamo è stato compilato da:

Coordinatore ADA Denunciante

Firma: _____ Data: _____